

**Accesibilidad Para Personas Con Discapacidad**  
**Solicitud Para Especialista Certificado en Acceso**

Certified Access Specialist (CASp) Assessment Application

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_  
(Señale categorías que apliquen) \_\_ Propietario \_\_ Dueño de Negocio \_\_ Persona Autorizada (Especifique: \_\_\_\_\_)  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre del Negocio:** \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ San Francisco, CA Zona Postal: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente al de arriba) Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Años en Negocio: \_\_\_\_\_ Tipo de Negocio: \_\_\_\_\_ Propiedad: \_\_ Propia \_\_ Rentada  
Tamaño en Pies Cuadrados: \_\_\_\_\_ (Si Renta) Comienzo de Contrato: \_\_\_\_\_ Final de Contrato: \_\_\_\_\_

**Información Sobre el Dueño del Negocio** (Si es diferente a la de arriba):  
Nombre: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

**Información del Propietario** (Si es diferente a la de arriba):  
Nombre: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

1. ¿Han demandado a su negocio/propiedad por no cumplir los requisitos de accesibilidad para personas con discapacidad?  Sí  No

(Si respondió Sí): ¿Fecha de la Demanda? \_\_\_\_\_ ¿Resolvió y Cerró el Caso?  Sí y Fecha: \_\_\_\_\_  No

2. ¿Ha mejorado a su negocio/propiedad para cumplir con los requisitos de accesibilidad para personas con discapacidad?  Sí  No

(Si respondió Sí): ¿Que mejoras hizo? \_\_\_\_\_

**Por Favor de Entregar los Sigüientes Documentos con su solicitud:**

- ✓ Descripción de su negocio, producto y/o servicios proveídos por su negocio
- ✓ Prueba de licencia de negocio y seguro de negocio

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Favor de completar la solicitud y entregar con la documentación requerida a:**  
Northeast Community Federal Credit Union  
683 Clay Street, San Francisco, CA 94111  
Fax: (415) 434-0715